

Amministrazione destinataria

Ufficio destinatario

## Domanda di voltura dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria

*Ai sensi dell'articolo 4 della Legge Regionale 31/07/2007, n. 32*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo									
Denominazione/Ragione sociale		Tipologia							
Sede legale									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Codice Fiscale		Partita IVA							
Telefono	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata						
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio			Provincia	Numero Iscrizione					
Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)			Provincia	Numero iscrizione					
Posizione INAIL		Codice INAIL impresa							

**e il sottoscritto cedente**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza											
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale								Tipologia			
Sede legale											
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Codice Fiscale					Partita IVA						
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio						Provincia	Numero Iscrizione				
Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)						Provincia	Numero iscrizione				
Posizione INAIL					Codice INAIL impresa						

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

--

**CHIEDONO**

la voltura dell'autorizzazione

Numero	Data

**per l'esercizio dell'attività****Attività esercitata**

<input type="radio"/>	struttura sanitaria o socio sanitaria
	Denominazione struttura
	Prestazioni erogate
<input type="radio"/>	studio di professione sanitaria
	Studio di professione sanitaria

**sita in***(in caso di trasferimento della sede inserire la nuova sede operativa)*

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura			
							<input type="checkbox"/>			
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	
								<input type="checkbox"/>		

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")  
 il procedimento riguarda \_\_\_\_\_ ulteriori immobili

Agibilità dei locali	Protocollo	Data

**in quanto con atto pubblico redatto dal Notaio**

Nominativo notaio	Registrato il	Numero repertorio

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**IL NUOVO INTESTATARIO DICHIARA**

- di essere in possesso dei requisiti soggettivi di cui all'articolo 5-ter, comma 1 della Legge Regionale 31/07/2007, n. 32
- il possesso dei titoli professionali richiesti
- la conformità della struttura al possesso dei requisiti minimi costituita da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal legale rappresentante con allegate copie del manuale di autorizzazione autocompilate e firmate singolarmente dal responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di attività oggetto di autorizzazione

**direttore sanitario**

*(il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che i titoli personali solpra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non eserciterà altre attività incompatibili)*

Cognome	Nome	Codice Fiscale								
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza							
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata							

Laureato in	Presso l'Università degli Studi di	
Specialista in	Iscritto presso l'ordine dei	Della Provincia di

**referente per la pratica**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- titolo di godimento del locale o immobile utilizzato  
*(se non già prodotto in caso di precedente domanda di autorizzazione)*
- nomina e accettazione del direttore sanitario, quando la struttura lo richiede
- documentazione attestante il possesso dei requisiti professionali del professionista sanitario o del direttore sanitario
- autocertificazione concernente la conformità della struttura al possesso dei requisiti minimi (per strutture già autorizzate)
- documenti attestanti il possesso di requisiti contrassegnati nei manuali con un asterisco. Qualora in uno stesso documento sia attestato il possesso di più requisiti, questi vanno segnalati in allegato al documento stesso, richiamando il codice paragrafo e il numero del requisito
- autocertificazione sul possesso dei requisiti soggettivi, in caso di studio associato, per ognuno degli associati
- delega a rappresentare in caso di studio associato
- estremi del certificato di conformità dell'impianto elettrico valido e di relativa allegata relazione tecnica
- ricevuta dei diritti sanitari
- pagamento dell'imposta di bollo
- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
*(da allegare se previsti)*
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- altri allegati *(specificare)*

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il nuovo intestatario	il cedente